

花 育 体 験 事 業 実 施 申 込 書

申込日：令和 年 月 日

※選定結果は、10月中旬頃にE-mailで御連絡します。E-mailでの連絡に不都合がある場合は、希望する連絡方法（電話またはFAX）に○印をつけてください。

学 校 名 等			
(フリガナ) 担 当 者 氏 名			
住 所			
電 話 番 号			
F A X			
E - m a i l			
実施希望時期	令和 年 月～ 月頃を希望		
対 象 学 年			
対 象 人 数			
希 望 す る 体 験 内 容	<p>目安時間：2限、生産者等による県産花き花木の紹介+体験教室 体験教室は、以下の希望する内容の()に○をつけてください。</p> <p>() ① 卒業式・入学式に向けた寄せ植えづくり () ② 保護者と生徒での寄せ植え体験 () ③ 教職員向け花育・寄せ植え体験 () ④ 学校花壇への植え込み () ⑤ 花苗生産の仕事を知る授業 () ⑥ その他(※希望内容欄に記載してください)</p>		
こ れ ま で の 花 育 活 動 取 組 実 績	<p>※本事業を活用した花育活動の取組実績(実施回数)の欄に○をつけてください。</p> <p>() 今回の申請が初めて () 過去に2～3回の実績有り () 過去に4回以上の実績有り</p>		

希 望 内 容

相 談 内 容

(自由記載)

(希望する内容や相談したい内容について自由に御記入ください)